

Adresse der Redaktion: OMR Prof. Dr. sc. med. H. Wilken, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Bereichs Medizin der Wilhelm-Pieck-Universität, Doberaner Str. 142, Rostock, DDR-2500.

Für dieses Zentralblatt werden grundsätzlich nur Arbeiten angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Sie müssen in einwandfreiem Deutsch, in sauberer Maschinschrift und mit einer kurzen Zusammenfassung, die am Anfang der Arbeiten steht, vorgelegt werden. Abbildungen und Tabellen sollten auf das unbedingt nötige Maß beschränkt bleiben.

Über Annahme oder Ablehnung entscheidet das Redaktionskollegium. Mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung geht das alleinige Recht der Vervielfältigung, Verbreitung und Übersetzung auf den Verlag über.

Von den Beiträgen liefert der Verlag anstelle eines Honorars 50 Sonderdrucke kostenlos (nicht von Anfragen an die Redaktion und Wissenstest).

Adresse des Verlages: Johann Ambrosius Barth, Salomonstr. 18 b, Postfach 109, Leipzig, DDR-7010, Ruf 7 01 31.

Anzeigen werden erbeten für Inland an: VEB Fachbuchverlag, Postfach 349, Leipzig, DDR-7010; für Ausland an: Interwerbung GmbH — Gesellschaft für Werbung und Auslandsmessen der DDR, Hermann-Duncker-Str. 89, Berlin, DDR-1157, Ruf 5 09 09 81. Für die Anzeigenpreise gelten die Festlegungen gemäß Preiskatalog Nr. 286/1 vom 1. 7. 1975.

Bestellungen nehmen entgegen:

In der DDR der Postzeitungsvertrieb und der Verlag Johann Ambrosius Barth.

In den sozialistischen Ländern der zuständige Postzeitungsvertrieb, in der BRD/Berlin (West) die Firma Zeitungsvertrieb Gebr. Petermann, Kurfürstenstr. 111, D-1000 Berlin (West) 30, und der örtliche Buch- und Zeitschriftenhandel.

In allen anderen Staaten der örtliche Buch- und Zeitschriftenhandel. Bestellungen des Buch- und Zeitschriftenhandels sind zu richten an Buchexport Volkseigener Außenhandelsbetrieb der DDR, Leninstr. 16, Postfach 160, Leipzig, DDR-7010.

Die Lieferung erfolgt regelmäßig bis zur Abbestellung, die für das Ende des Quartals erfolgen muß, so daß sie zu dem gewünschten Termin noch berücksichtigt werden kann.

Zentralblatt für Gynäkologie — VEB Verlage für Medizin und Biologie Berlin—Leipzig—Jena. — Verlagsdirektor: Dr. D. Künzel. — VEB Johann Ambrosius Barth, Salomonstr. 18 b, Leipzig, DDR-7010, Ruf 7 01 31. — Chefredakteur: OMR Prof. Dr. sc. med. H. Wilken, Doberaner Straße 142, Rostock, DDR-2500. — Veröffentlicht unter der Lizenz-Nr. 1383 des Presseamtes beim Vorsitzenden des Ministerrates der Deutschen Demokratischen Republik. — Gesamtherstellung: INTERDRUCK Graphischer Großbetrieb Leipzig, Betrieb der ausgezeichneten Qualitätsarbeit, III/18/97. — AN (EDV) 33739. — Jährlich 1 Band zu 24 Heften. — Jahresbezugspreis: DDR 06800, Ausland 120,— DM. Einzelheft: DDR 00283, Ausland 5,00 DM

Zentralblatt für Gynäkologie

Band 110

1988 Heft 19

Übersichten

Zent.bl. Gynäkol. 110 (1988) 1185–1194

Aus dem Institut für Psychologie, Universität Regensburg (Prof. Dr. H. Lukesch) und der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung der Klinik St. Hedwig (Chefarzt: Dr. K. Krumbacher)

Psychische und psychosoziale Faktoren sowie relevante therapeutische Maßnahmen bei Spontanaborten (SA) und rezidivierenden Spontanaborten (RSA) bzw. habituellen Aborten (HA)

Von Marianne Läßle und H. Lukesch

Zusammenfassung: In einer Übersichtsarbeit sollten psychische und psychosoziale Faktoren eruiert werden, die SA und RSA bzw. HA verursachen oder mitbedingen können. Eine Kenntnis dieser Faktoren ist von Interesse, da trotz zahlreicher Arbeiten über medizinische Ursachen ein beträchtlicher Anteil der Fälle ungeklärt bleibt. Die Durchsicht der Literatur ergab, daß u. a. psychische Beschwerden (Ängste, Nervosität, psychosomatische Beschwerden), Persönlichkeitsstörungen, negative Einstellung zu Schwangerschaft und Sexualität, Konflikte in der Herkunftsfamilie, niedere Sozialschicht, Ledigkeit, berufliche, partnerschaftliche und familiäre Konflikte den Schwangerschaftsverlauf beeinträchtigen können. Der Einfluß der Belastungen (Streß) auf das Abortgeschehen erklärt sich durch die psychophysiologische Interaktion zwischen Nervensystem und Reproduktionsorganen. Es wurde nachgewiesen, daß eine Erhöhung der Streßhormone Veränderungen im uteroplazentaren Bereich hervorruft (u. a. Reduktion der fetalen Vaskularisation und Oxygenation), die zur Auslösung der Wehentätigkeit und einer frühzeitigen Abstoßung der Frucht beitragen können. Eine große Bedeutung wird streßmodulierenden Faktoren zuerkannt, die das Ausmaß der Streßreaktion reduzieren. Diese sind positive und effiziente Bewältigungsweisen und hinreichende Unterstützung durch das soziale Umfeld. Außer den genannten Belastungsfaktoren, die bei der Auslösung des Abortgeschehens eventuell beteiligt sind, wurden sehr häufig Trauerreaktionen infolge eines Schwangerschaftsverlusts beobachtet. Eine Interaktion zwischen ätiologischen und psychoreaktiven Parametern ist ersichtlich, wobei der Abortus zu erhöhten Erwartungsängsten in der nächsten Schwangerschaft führt. Für die Erstellung therapeutischer und prognostischer Richtlinien im Rahmen der Schwangerschaftsberatung bei SA und RSA ist eine Kenntnis der genannten Faktoren von Bedeutung. Den Ergebnissen zufolge sind eine adäquate Beratung und unterstützende psychotherapeutische Betreuung bei der Bewältigung eines Schwangerschaftsverlustes und auch als Abortprophylaxe wirksam.

Psychological and psychosocial factors and relevant therapeutics in cases of spontaneous and habitual abortions.

Abstracts: It has been demonstrated that psychological and psychosocial factors are implicated in spontaneous and recurrent spontaneous abortions. According to these

Zent.bl. Gynäkol. 19¹

wurde post abortum verzeichnet [75]. Eigene Resultate [52] stimmten weitaus mit vorangegangenen Arbeiten [88, 89] überein und zeigten vorwiegend Traurigkeit (87 ‰), Enttäuschung (85 ‰), Angst vor einer wiederholten Fehlgeburt (78 ‰) und Neigung zum Weinen (70 ‰). Hingegen wurden Schuldgefühle, Müdigkeit und Schlafstörungen nur zu einem Drittel verzeichnet. Die depressive Symptomatik, die nach einem SA in Erscheinung tritt, kann Monate andauern – oft bis zur nächsten Schwangerschaft, die meist durch starke Erwartungsängste gekennzeichnet ist [41, 76]. Wenn der gefährliche Zeitpunkt überschritten ist, in der sich ein erneuter Abgang der Frucht ereignen könnte (Zeitpunkt des vorangegangenen Aborts), klingen die Ängste ab. Auch beim Partner wurde eine identische Symptomatik beobachtet [30, 56].

Persönlichkeitsmerkmale

Bei HA-Patientinnen wurde häufig männlich aggressives Verhalten, Ablehnung der weiblichen und mütterlichen Rolle, Unreife, Abhängigkeitsprobleme und eine defiziente Eltern-Kind-Beziehung beobachtet [28, 68, 69, 99, 103]. Demnach wurde angenommen, daß eine persönlichkeitsbedingte Ablehnung der Schwangerschaft zum Abortgeschehen beitragen könne.

Die Resultate einer eigenen Untersuchung [52] ergaben erhöhte Werte in den Skalen Erregbarkeit, körperliche Beschwerden, Gesundheitsorgen, Introvertiertheit und Emotionalität des FPI-R [21] bei Frauen mit drei und mehr RSA. Hiermit wurden vorangegangene Studienresultate bestätigt, die HA-Patientinnen oft als emotional leicht erregbar und empfindlich beschrieben. Insgesamt sind die Resultate jedoch zu heterogen, um spezifische Persönlichkeitsmerkmale differenzieren zu können. Psychoanalytische Theorien wiesen darauf hin, daß Fertilitätsstörungen sehr häufig in Verbindung mit einer psychosexuellen Identifikationsproblematik auftreten [23, 72, 103].

Einfluß der Herkunftsfamilie

Zur Ermittlung der Herkunftsfamilie wurden familienstrukturelle Merkmale wie Geschwisterposition, Beziehung zu den Eltern und zwischen den Eltern erfaßt [60]. Eine negative Beziehung zu den Eltern wurde bei Frauen mit HA beobachtet, wobei die Mutter oft als dominierend und der Vater als passiv beschrieben wurde [28, 68, 69, 103]. Eine intakte Herkunftsfamilie und positive Beziehung zu den Eltern üben einen günstigen Effekt auf Einstellung zur und Bewältigung der Schwangerschaft aus. Hingegen kann eine negative Beziehung sich durch erhöhte Probleme in der Schwangerschaft und bei der Kindeserziehung bemerkbar machen. Negative Kindheitserfahrungen werden als potentielle Konfliktursache angesehen, da daraus entstandene Angst- und Schuldgefühle eine Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft und Mütterlichkeit erschweren [66]. Beispielsweise übt eine in der frühen Kindheit erlebte Scheidung der Eltern einen über Jahre anhaltenden Effekt aus und ist als schädigender zu betrachten als der Tod eines Elternteils [65]. Nach psychoanalytischer Sicht ist die Eltern-Kind-Beziehung von Bedeutung, da das Selbstbild der Frau und ihre Einstellung zur Weiblichkeit und Mütterlichkeit durch identifikatorische Vorgänge in der Kindheit geprägt wird [66] und das Elternhaus ein Modell darstellt, nach dem die Frau ihr eigenes Familienleben ausrichtet [60].

Einstellung zur Schwangerschaft und Sexualität

Bei Frauen mit einer ablehnenden Haltung gegenüber der Schwangerschaft und dem kommenden Kind wurden erhöhte Schwangerschaftskomplikationen festgestellt [48, 53, 60, 61, 62, 81, 100], was zu der Überlegung führte, daß die

Einstellung der Mutter den Schwangerschaftsverlauf beeinflussen könne. Ebenso wurde das Abortgeschehen mit einer negativen Haltung gegenüber der Schwangerschaft in Verbindung gebracht. Über die Einstellung von HA-Patientinnen zur Sexualität wurden heterogene Resultate erzielt [12, 103]. Nach einer eigenen Erhebung zeigten die Resultate des S-S-G [64] bei SA- und RSA-Patientinnen positive bis sehr positive Einstellungen in diesen Bereichen.

Nach Aussagen der Autoren kann eine Ablehnung der Schwangerschaft zu Fehlhandlungen und Unfällen führen, wodurch es zu körperlichen Verletzungen und einer Gefährdung des Schwangerschaftsverlaufs kommen kann [37, 53, 61, 81]. In einer prospektiven Studie über 8 000 Schwangerschaften wurde gezeigt, daß eine hoch signifikante Korrelation zwischen akzidentellen Verletzungen und Ablehnung der Schwangerschaft besteht [53]. Im klinischen Bereich wurde wiederholt beobachtet, daß SA mit derartigen Ereignissen (Sturz, Unfall) in Verbindung stehen. Dabei können starke psychische Reaktionen ausgelöst werden, die durch eine Schreckreaktion gekennzeichnet sind [37, 81]. Demzufolge kann es zu neurovegetativen Reaktionen im uteroplazentaren Bereich, konsekutiven Blutungen, Wehen und einem Abgang der Frucht kommen.

Nach Lukesch [60] gibt es eine Reihe von Indikatoren, die auf die Einstellung zur Schwangerschaft hinweisen. Diese sind die mit dem S-S-G [64] erhobenen Faktoren (Offene Ablehnung der Schwangerschaft, Verletzungsangst, Ablehnung des Stillens, Geburtsangst), zudem Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft u. a. Dem Autor nach ist die Einstellung zur Schwangerschaft mit Parität, Alter der Frau, Abstand zur letzten Schwangerschaft, Ehedauer, Zivilstand, Berufstätigkeit, Partnerbeziehung, Herkunftsfamilie und Sozialschichtzugehörigkeit in Verbindung. Dabei ist die Qualität des Kinderwunsches von besonderer Bedeutung. Bei Frauen mit Abortanamnese wurde ein verstärkter Kinderwunsch und ein geringerer Abstand zwischen den Schwangerschaften belegt [19, 49]. Andererseits wurde bei Fertilitätsstörungen ein ambivalenter Kinderwunsch, Angst vor dem kommenden Kind und eine unbewußte Ablehnung der Schwangerschaft eruiert [23, 72]. Wie bereits erwähnt, wird vermutet, daß eine psychosexuelle Identifikationsproblematik in Verbindung mit Konflikten in der Herkunftsfamilie zu einer konflikthafter Einstellung zur Sexualität, Weiblichkeit und Mütterlichkeit führt.

Sozialschichtzugehörigkeit

Sozialschichtzugehörigkeit, Zivilstand und Partnerbeziehung sind bedeutende sozio-ökonomische und psychosoziale Faktoren, die den Schwangerschaftsverlauf negativ beeinflussen können. Unterschiede in Bildungsniveau, Berufstätigkeit, finanzieller Lage, Wohnbedingungen, Besitz usw. weisen auf Differenzen der Sozialschichtzugehörigkeit einer Person hin. Mit der Schichtzugehörigkeit korrelieren neben den genannten sozio-ökonomischen Bedingungen Parität, Alter und Gesundheitsverhalten [61]. Zahlreiche Untersuchungen wiesen nach, daß Schwangerschaftskomplikationen und perinatale Sterblichkeit in sozial niederen Schichten gehäuft sind [1, 15, 20, 53, 60, 61, 70, 85]. Gleichzeitig wurde eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Vorsorgeuntersuchungen, mangelnde Kenntnisse des Schwangerschafts- und Geburtsgeschehens und inadäquateres Gesundheitsverhalten festgestellt. Bei Unzufriedenheit mit den Wohnverhältnissen wurde eine weniger günstige Einstellung gegenüber der Schwangerschaft bemerkt [61].

Der Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und SA wurde in der DFG-Studie [19, 49] bestätigt. Dabei wurde ersichtlich, daß familiäre, eheliche

und berufliche Belastungen den Schwangerschaftsverlauf störend beeinflussen können und dadurch zu Früh- und Spätaborten führen. Ferner wurde belegt, daß Arbeiterfrauen gegenüber Frauen von Beamten und Angestellten häufiger einen ungünstigen Schwangerschaftsausgang, höhere Parität und Totgeburtenrate aufwiesen.

Der Einfluß der Berufstätigkeit auf das Abortgeschehen wurde bei der Frau und beim Mann durch Ermittlung belastender Faktoren am Arbeitsplatz (Berufsstreß), schwangerschaftsschädigender Substanzen (Chemikalien) und Risikoberufsgruppen untersucht. Als Berufsstreß gelten physische und psychische Belastungsfaktoren. Diese sind körperliche Anstrengung, Zeitdruck, Verantwortung, aber auch schlechte Arbeitsplatzbedingungen (Unfallgefahr, Lärm, schlechte Luft). Bei schwerer körperlicher Arbeit, stehender Tätigkeit und Akkordarbeit wurde eine erhöhte SA-Rate registriert [47]. In der Untersuchung von Gerl, Kraus & Robel [25] wurde von 40 % der HA-Patientinnen schwere körperliche Arbeit kurz vor dem Abort angegeben. Eigene Resultate ergaben, daß 41 % der berufstätigen SA- und RSA-Patientinnen durch Zeitdruck und 35 % durch Verantwortung im Berufsleben belastet waren [52]. Körperliche Anstrengung im Beruf und Haushalt war hingegen selten. Die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt beeinträchtigt vor allem Multiparae [47]. Eine erhöhte Abortrate wurde bei Fabrikarbeitern, Angestellten von Transport- und Dienstleistungsbetrieben, Metzgereien, Pelzgeschäften und chemisch-technischen Labors gefunden [14, 34, 37, 57]. Vermutlich ist die durch den Einfluß chemischer Substanzen und infektiöser Faktoren, beispielsweise Toxoplasmose, zu erklären. Bei Frauen, die mit Tieren arbeiten, wurde auch eine erhöhte Mißbildungsrate verzeichnet. Eine sehr starke Erhöhung der SA-Rate wurde bei Arbeiterinnen in der Textilindustrie eruiert [37, 57]. Auch beim Mann wurde u. a. ein Einfluß chemischer und tierischer Substanzen auf die SA-Rate belegt [57], was durch pathologische Spermogramme nachgewiesen wurde.

Zivilstand

In verschiedenen Studien wurde eine Beziehung zwischen Ledigkeit und erhöhten Schwangerschaftskomplikationen belegt [19, 48, 61, 85]. Der Faktor Ledigkeit ist mit einer Reihe anderer Faktoren verbunden, wie Alter, Sozialschicht, Partnerbeziehung und anderen, die mit erhöhten psychosozialen Belastungen verknüpft sind [61]. Zudem wurde eine unzureichende Ausnützung der medizinischen Vorsorgeuntersuchung [61, 70], ein geringerer Grad an Geplantheit und Erwünschtheit der Schwangerschaft, höhere Allgemeinbelastungen durch die Gravidität und mehr schwangerschaftsbedingte Verzichteruiert [60]. Obwohl die Ledigkeit einen negativen Effekt auf den Schwangerschaftsverlauf hat, so ist doch nicht der Zivilstand an sich, sondern die Qualität der Partnerbeziehung von entscheidender Bedeutung. Dies erklärt sich dadurch, daß die Frau während der Schwangerschaft ein größeres Bedürfnis nach Hilfe und Beistand hat. Lukesch [60] stellte fest, daß definitive Trennung vom Partner durch Scheidung oder Tod während der Schwangerschaftszeit eine weit erheblichere Belastung darstellt als Ledigkeit [19, 49]. Den Resultaten der DFG-Studie [19, 49] zufolge ist die Abortrate der Ledigen doppelt so hoch wie die der Verheirateten, die der Patientinnen, die während der Schwangerschaft heirateten, etwa 4mal so niedrig. Eine erhöhte Abortrate bei Ledigen, Geschiedenen und Verwitweten wurde auch in anderen Arbeiten nachgewiesen [25].

Partnerbeziehung

Die Qualität der Partnerbeziehung wird durch die Harmonie der Beziehung, gemeinsame Interessen, Rollenverteilung, Konflikte, Zukunftserwartungen u. a. beurteilt [60]. Auf die Bedeutung der Partnerbeziehung für den Schwangerschaftsverlauf wurde vielfach hingewiesen [36, 60, 61]. Sorgen um die Partnerschaft, wie Gedanken an Trennung, schwerwiegendere Konflikte und andere Probleme können sehr belastende Auswirkungen auf die Schwangerschaft haben und zu erhöhten Ängsten, psychosomatischen Beschwerden und Schwangerschaftskomplikationen beitragen.

Von seiten der psychosomatischen Gynäkologie wurde die funktionelle Sterilität vorwiegend als eine partnerschaftsbedingte Problematik erachtet [23, 72, 104]. Frick-Bruder [23] fand bei den betroffenen Paaren häufig ein anklammerndes bzw. „symbiotisches“ und „ödipales“ Beziehungsmuster. Ängste können aus der Befürchtung entstehen, daß ein Kind die spezifische Partnerkonstellation verändern könnte. Es wurde die Annahme geäußert, daß Kinderlosigkeit bei diesen Paaren teilweise eine Schutzfunktion besitzt, die nicht durch vorzeitige therapeutische Maßnahmen beendet werden sollte, da schwerwiegendere psychische Beschwerden auftreten können [23, 72]. Gehäufte Postpartum-Depressionen bei HA-Patientinnen wurden durch ähnliche Vorgänge erklärt [43, 100].

Auf einen möglichen Einfluß partnerschaftlicher Faktoren bei HA wurde bereits in älteren Studien aufmerksam gemacht, wobei häufig eine mangelnde Unterstützung der Frau durch den Ehepartner bemerkt wurde [28, 76, 99]. Andererseits wurden ein aggressives und dominierendes Verhalten der Frau und Passivität des Partners beobachtet [99]. Clyne [12] bestätigte häufige Partnerschafts- und Sexualprobleme bei Paaren mit habitueller Abortneigung. Partnerschaftsprobleme wurden als „chronisch psychischer Streß“ und als Abortursache betrachtet [25].

Streß

Forschungsergebnissen und klinischen Beobachtungen zufolge können die genannten psychischen und psychosozialen Belastungen nach Dauer und Intensität ihrer Einwirkung als Stressoren wirksam werden und zum Abortgeschehen beitragen. Mehr Bedeutung als den Belastungsfaktoren wird jedoch den individuellen Reaktionsweisen zugesprochen, weshalb positive und effiziente Streßbewältigungsweisen eine wichtige Rolle als Streßmodulatoren spielen.

Der Zusammenhang zwischen Streß, Fertilitätsstörungen und Schwangerschaftskomplikationen wurde durch Ergebnisse im Human- und Tierbereich belegt [20, 71, 72, 74, 81, 87]. Auf einen spezifischen Zusammenhang zwischen Streß und HA wurde aufmerksam gemacht [6, 25, 74, 103]. Bemerkenswert sind die durch Notstands- und Ausnahmesituationen, beispielsweise Krieg, bedingten Fertilitätsstörungen [5, 40, 84]. Es wurde gezeigt, daß psychischer und nicht physischer Streß durch die Eindrücke des Krieges zu einer Reduktion der Fruchtbarkeit führte [46]. Bei inhaftierten Frauen konnten ebenfalls erhöhte Schwangerschaftskomplikationen nachgewiesen werden [91]. Der Streßzustand der Mutter kann mittels physiologischer Mechanismen auf den Feten übertragen werden und sich in einer Variation der fetalen Aktivitätsrate, insbesondere der Herzfrequenz äußern [38, 83]. Auch der Gesundheitszustand des Neugeborenen kann durch pränatalen Streß beeinträchtigt werden [55, 82].

In der Verhaltensforschung wurden zahlreiche experimentelle Untersuchungen beim Tier durchgeführt, die zeigten, daß psychischer und physischer Streß beim

Tier zu SA, Tot- und Frühgeburten führen kann. Ebenfalls wurde der Einfluß von Streß auf Verhalten und Leistung der Jungtiere belegt [2, 73, 95, 96]. In der medizinischen Grundlagenforschung wurden die durch Streß hervorgerufenen Veränderungen der Reproduktionsfunktion untersucht. Dabei konnten biochemische Parameter determiniert werden (Adrenalin, Noradrenalin, Oxytocin, Prostaglandin u. a.), die bei den streßbedingten Modifikationen der Uterus- und Fetalaktivität beteiligt sind [27, 73, 74]. Den Forschungsergebnissen zufolge besteht eine psychobiologische Interaktion, die darin besteht, daß die in Belastungssituationen erhöhten Streßhormone (Katecholamine, Cortisol) die Aktion der Schwangerschaftshormone (Estrogen, Progesteron) beeinflussen. Am Beispiel des fetalen Schocksyndroms wurde gezeigt, wie ein extremer Anstieg des Katecholaminspiegels sich auf die fetale Vaskularisation und Oxygenation auswirken kann [50]. Vasokonstriktion, Sauerstoffmangel, erhöhte uterine Kontraktilität und Auslösung der Wehentätigkeit können durch Einflüsse des autonomen Nervensystems verursacht werden, was zu intrauterinem Fruchttod und Abortus führen kann [51, 73, 74, 92].

Streßbewältigung

Um die Anpassung des Individuums zu ermöglichen und eine Störung des psychischen Gleichgewichts zu verhindern, werden in Belastungssituationen Bewältigungsstrategien eingesetzt, deren Effizienz von kognitiven, biologischen und affektiven Dispositionen abhängt [77]. Adäquate Streßbewältigungsweisen sind auch in der Schwangerschaft erforderlich, wobei dem sozialen Umfeld, insbesondere der Unterstützung der Frau durch den Partner, eine wichtige Rolle zugesprochen wird [11, 13, 17, 97]. Demnach weisen Frauen mit ineffizienten Bewältigungsweisen und einer unzureichenden mitmenschlichen Unterstützung eine erhöhte Vulnerabilität für Streß auf.

Eine Beziehung zwischen defizienten „repressiven Abwehrmechanismen“ und Schwangerschaftskomplikationen wurde von psychoanalytischer Seite aus beobachtet [71]. Defiziente Streßbewältigungsweisen wurden auch bei HA als Abortursache in Erwägung gezogen, da bei den betroffenen Patientinnen gehäuft mangelnde Selbstkontrolle, Ausagieren von Konflikten, Neigung zu Somatisierung und Abhängigkeit beobachtet wurden [103]. Eine neuere Studie wies darauf hin, daß es bei der Erforschung von RSA erforderlich wäre, die Bewältigungsstrategien der Paare näher zu untersuchen [80]. Die mit dem SVF erhobenen Resultate einer eigenen Arbeit [52] zeigten erhöhte depressive (Resignation, Selbstbeschuldigung) und ausweichende (Vermeidungs- und Fluchttendenzen) Streßbewältigungsweisen bei Patientinnen mit drei und mehr RSA. Es ist darauf hinzuweisen, daß bei SA und RSA der Einsatz effektiver Bewältigungsstrategien von wesentlicher Bedeutung ist, um die mit dem Abortgeschehen verbundenen Folgeerscheinungen (Krankenhausaufenthalt, Kindesverlust) angemessen verarbeiten zu können. Zum Zwecke präventiver Maßnahmen, wäre der Aufbau positiver Bewältigungsstrategien bei diesen Patientinnen von Interesse.

Psychotherapeutische Betreuung

Psychotherapie bei SA und RSA dient dazu, über das Abortgeschehen zu informieren, die Trauerarbeit nach dem Schwangerschaftsverlust zu erleichtern und eine Vorbereitung auf die künftige Schwangerschaft und Geburt zu gewährleisten. Unter Berücksichtigung der individuellen Risikofaktoren hat sie haupt-

sächlich eine beratende und unterstützende Funktion. Dabei sollen die psychische Bewältigung bzw. Verarbeitung des Kindesverlusts erleichtert, die nach dem SA auftretenden depressiven Störungen gelindert und psychische Spannungen und Ängste reduziert werden.

Der positive Behandlungseffekt psychotherapeutischer Betreuung bei Frauen mit RSA bzw. HA wurde wiederholt bestätigt [8, 39, 99]. Dabei betrug die Geburtenrate nach Psychotherapie etwa 80 ‰ im Vergleich zu 30 ‰ der Kontrollgruppen. In einer neueren Studie [93] wurden vergleichbare Resultate erzielt. Die Geburtenrate betrug 86 ‰ im Vergleich zu 33 ‰ der Kontrollgruppe. Die Art der psychotherapeutischen Unterstützung wurde in den Arbeiten jedoch nicht näher definiert. Den Aussagen nach zu schließen, handelte es sich um eine intensive medizinische Betreuung auf der Basis einer guten Arzt-Patienten-Betreuung. Demnach ist bei Abortanamnese eine psychische und physische Ruhestellung der Patientin erforderlich (Einstellung der Arbeitstätigkeit, in akuten Fällen Bettruhe, Sedativa usw.). Es ist anzunehmen, daß entspannungsfördernde und streßreduzierende Maßnahmen, beispielsweise autogenes Training, positive und relaxierende Effekte ausüben können. Psychoanalytisches Vorgehen ist während einer Risikoschwangerschaft oder eines drohenden Aborts jedoch kontraindiziert, da es zu starken emotionalen Reaktionen und einer Auslösung des Abortgeschehens kommen kann [81].

Diskussion

Bei der Erforschung psychogener Faktoren zeigt sich, daß ätiologische und konsequente Aspekte des Abortgeschehens teilweise schwer trennbar sind, eine Differenzierung der Beschwerden jedoch ersichtlich ist. Vor dem Schwangerschaftsverlust werden anamnestische (Konflikte in der Herkunftsfamilie, vorausgegangene psychiatrische Behandlung, Persönlichkeitsmerkmale) und schwangerschaftsbedingte Beschwerden (Ängste, Nervosität) und danach depressive Reaktionen häufig beobachtet. Dem quantitativen Vergleich einer eigenen Studie war zu entnehmen, daß die Häufigkeit und Intensität psychischer Beschwerden eher Begleit- und Folgeerscheinungen als Ursache des Abortgeschehens sind. Zudem bestätigte der qualitative Vergleich die o.g. Unterschiede in der Art der Beschwerden vor und nach dem Abortus. Wie am Beispiel der Erwartungsangst ersichtlich wird, beeinflussen sich psychogenetische und psychoreaktive Faktoren gegenseitig. Die Angst vor einer wiederholten Fehlgeburt kann insbesondere bei intensivem Kinderwunsch zu einer erhöhten Erwartungsangst in der darauffolgenden Schwangerschaft beitragen. Dies weist darauf hin, daß der SA eine furchtverstärkende Wirkung auf die künftige Gravidität hat. Es kann daraus die Hypothese abgeleitet werden, daß es sich dabei um negative furchtverstärkende Feedback-Mechanismen handelt.

Der Einfluß der Belastungsfaktoren auf das Abortgeschehen läßt sich durch das psychophysiologische Zusammenspiel zwischen zentralem und autonomem Nervensystem und den Reproduktionsorganen erklären. Streßbedingte biochemische Veränderungen (Erhöhung des Katecholaminspiegels, Steigerung der Oxytocin- und Estrogenausschüttung und erhöhte Prostaglandinsynthese) können zu Vasokonstriktion, Reduktion der fetalen Oxygenation und Uteruskontraktionen, Hypoxie des Feten und intrauterinem Fruchttod führen. Diese Vorgänge erklären jedoch noch nicht die Ursache einer streßbedingten Abortneigung. Es ist anzunehmen, daß zu den genannten physiologischen Vorgängen interindividuelle Unterschiede der Frau (erhöhte Uterusmotilität, gesteigerte sympathikotone Aktivität) und auch der fetalen Reaktivität hinzukommen. Ferner, daß ineffi-

ziente Streßbewältigungsweisen und unzureichende Unterstützung durch den Partner und die Familie belastungsverstärkende Effekte ausüben. Auch psychotherapeutische Betreuung kann durch streßreduzierende und relaxierende Effekte als Streßmodulator wirksam werden und selbst bei vorhandenen organischen Faktoren positive Effekte bei der Bewältigung der Abortproblematik ausüben.

In dieser Arbeit wurden eine Reihe von Faktoren ermittelt (Psychische Beschwerden, Persönlichkeitsmerkmale, Einstellung zu Schwangerschaft und Sexualität, Herkunftsfamilie, Sozialschichtzugehörigkeit, Zivilstand, Partnerbeziehung), die als Stressoren wirksam werden und zu einem Schwangerschaftsverlust beitragen können. Neben medizinischen und ökologischen Einflußgrößen ist eine genaue Kenntnis psychischer und psychosozialer Faktoren zur Erstellung präventiver und therapeutischer Maßnahmen erforderlich. Eine Psychogenese des Abortgeschehens kann nur nach Ausschließung organischer Faktoren postuliert werden. Den Forschungsergebnissen zufolge liegen jedoch meist mehrere pathogene Faktoren bei einem oder beiden Partnern vor. Die Kombination verschiedener Faktoren ergibt ein kompliziertes multifaktorielles Geschehen. Theoretisch kann nur nach systematischer Überprüfung aller Faktoren eine Ursachenhypothese erstellt werden. Dies ist jedoch in der klinischen Praxis aus Zeit- und Kostengründen nicht möglich. Ein standardisierter Fragebogenkatalog wäre daher von Interesse, um eine Reihe von Risikofaktoren schnell und ohne materiellen Aufwand ermitteln zu können.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden.

Eingegangen am 2. 3. 1988

Angenommen am 31. 3. 1988

Anschr. d. Verf.: Dr. Marianne Läßle, Dipl.-Psych.
Lhst. Psychologie VI der Universität
Universitätsstr. 31, Postfach 397,
D-8400 Regensburg

Zent.bl. Gynäkol. 110 (1988) 1194

Buchbesprechungen

Pauerstein, Carl J.: Clinical Obstetrics. 1016 S. mit zahlr. Abb., Tab., 18 × 25 cm. New York: John Wiley and Sons 1987.

Das von Carl J. Pauerstein, Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe an der University of Texas, Health Science Center in San Antonio, unter Mitarbeit von 51 Autoren herausgegebene Buch ist eine umfassende Darstellung der Geburtshilfe. Neben den Abschnitten über Diagnose der Gravidität, Schwangerenbetreuung, Geburt, Wochenbett und Neugeborenes machen vor allem die Kapitel über die Pathologie der Schwangerschaft den Großteil des Buches aus. Es ist sowohl ein Lehrbuch, in dem diagnostische und therapeutische Verfahren wie z. B. die Kaiserschnitttechnik, ergänzt durch instruktive Abbildungen, dargestellt werden, als auch ein Nachschlagewerk, um sich schnell über seltene Komplikationen zu informieren, wobei ein 44 Seiten langes Register hilfreich ist. Dem Herausgeber ist es gelungen, eine große Anzahl international bekannter Experten für bestimmte Gebiete der Perinatalogie als Mitarbeiter zu gewinnen, was natürlich zum hohen Niveau des Buches beiträgt. Nach Meinung des Rezensenten handelt es sich um eines der besten geburtshilflichen Bücher im internationalen Vergleich.

H. Wilken (Rostock)

Originalarbeiten

Zent.bl. Gynäkol. 110 (1988) 1195–1205

Aus dem Institut für Klinische Pharmakologie (Direktor: OMR Prof. Dr. sc. med. H. Walther) und der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe¹ (Direktor: Prof. Dr. sc. med. B. Seifert) der Medizinischen Akademie Magdeburg

Zur Pharmakokinetik von Antiepileptika in der Perinatalperiode

Von F. P. Meyer, B. Quednow, A. Potrafki¹ und H. Walther

Mit 1 Abbildung

Zusammenfassung: Bei 23 Schwangeren wurden im letzten Trimenon der Schwangerschaft, während der Geburt und in der ersten postpartalen Woche die Konzentrationen einer Reihe von Antiepileptika im Serum, im Fruchtwasser und in der Muttermilch bestimmt. Im Nabelschnurserum betrugen die Konzentrationsbereiche, ausgedrückt in Prozent der mütterlichen Serumgehalte: Primidon (67–131 ‰), Phenobarbital (80 bis 108 ‰), Carbamazepin (60–76 ‰), Phenytoin (95–162 ‰), Ethosuximid (104 ‰), und Valproat (125–147 ‰). In der Amnionflüssigkeit lagen die korrespondierenden Werte wie folgt: Primidon (62–230 ‰), Phenobarbital (28–59 ‰), Carbamazepin (18–45 ‰), Phenytoin (18–60 ‰), Ethosuximid (111 ‰ und Valproat (5–11 ‰). In der Milch wurden folgende Bereiche gefunden: Primidon (44–228 ‰), Phenobarbital (20–50 ‰), Carbamazepin (32–80 ‰), Phenytoin (46–53 ‰), Ethosuximid (92 ‰) und Valproat (2–8 ‰). Unsere Untersuchungen bestätigen aus kinetischer Sicht, daß Antiepileptika auch in der Schwangerschaft ausreichend hoch dosiert werden müssen, um Komplikationen zu vermeiden, und daß eine wirksame Stillpropaganda betrieben werden sollte. Da Schwangere und ihre Neugeborenen zweifellos zu den Risikopatienten gehören, ist ein therapeutisches drug monitoring empfehlenswert.

The perinatal pharmacokinetics of anticonvulsant drugs

Abstracts: We have examined the concentration of a range of anticonvulsant drugs in serum, amniotic fluid and breast milk in 23 pregnant patients. Drug determinations were made during the last 3 months of pregnancy, at birth and during the first week postpartum. In the cord serum the range of concentrations, expressed as a percentage of the maternal serum concentration was: primidone (67–131 ‰), phenobarbitone (80–108 ‰), carbamazepine (60–76 ‰), phenytoin (95–162 ‰), ethosuximide (104 ‰), and valproic acid (125–147 ‰). In the amniotic fluid the corresponding ranges were: primidone (62–230 ‰), phenobarbitone (28–59 ‰), carbamazepine (18–45 ‰), phenytoin (18–60 ‰), ethosuximide (111 ‰) and valproic acid (5–11 ‰). In breast milk the corresponding percentages were: primidone (44–228 ‰), phenobarbitone (20–50 ‰), carbamazepine (32–80 ‰), phenytoin (46–53 ‰), ethosuximide (92 ‰) and valproic acid (2–8 ‰). Anticonvulsant drugs can be given in relatively high doses during pregnancy. Pregnant patients and neonates are patients with therapeutic problems. For this group of patients is recommendable a therapeutic drug monitoring.

MeSH: G 8.520.769.725.830 Pregnancy trimester, third
G 8.520.769.326 Labor
G 8.520.769.843 Puerperium
D 14.261.164.683 Phenobarbital
D 14.261.244 Carbamazepine
D 14.261.447.710 Phenytoin
D 14.261.649 Primidone
D 14.261.952 Valproate
D 14.261.770.333 Ethosuximide